FRAGEBOGEN ZUR ANMELDUNG IM SPZ

KRANKENHAUS ST. ELISABETH & ST. BARBARA

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum ☐ m / ☐ w

PLZ, Wohnort, Straße

Bild vom Kind wäre schön

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara

Sozialpädiatrisches Zentrum
Barbarastraße 4
06110 Halle (Saale)

CÄ Dr. med. Ch. Fritzsch
Tel.: 0345 213-5702

Telefonnummer

Nationalität: ☐ deutsch ☐ andere Sprache:

Dolmetscher (Name / Telefon):

Gesetzlicher Vertreter: ☐ Eltern ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Vormund

Das Kind lebt bei seinem gesetzlichen Vertreter: ☐ Ja ☐ Nein
wenn **NEIN**: bei wem und wo?

Fragen zu den Eltern

	Vater	Mutter
Name, Vorname (Geburtsname)		
Geburtsdatum		
Wohnung (nur, wenn von obiger Adresse abweichend)		
Schulabschluss		
erlernter Beruf / ausgeübte Tätigkeit		
Arbeitsdauer	☐ halbtags ☐ ganztags ☐ arbeitslos	☐ halbtags ☐ ganztags ☐ arbeitslos
Staatsangehörigkeit / Herkunftsland:	☐ BRD ☐ andere	☐ BRD ☐ andere

Waren Sie mit einem Geschwister Ihres Kindes bereits in unserer Einrichtung?

☐ Ja (wann) Name, Vorname Geburtsdatum

☐ Nein

Fragen zur Kranken- und Rentenversicherung

Krankenkasse: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe

Rentenversicherungsträger: ☐ RV Bund ☐ RV Mitteldeutschland ☐ andere

Über wen ist das Kind versichert?

Überweisender Arzt:

(Name, Anschrift, Telefon)

KRANKENHAUS ST. ELISABETH & ST. BARBARA

Fragen zu den Schwierigkeiten Ihres Kindes

1. Für welche Probleme Ihres Kindes suchen Sie vor allem Hilfe? (Eine kurze Beschreibung ist **dringend erforderlich!**)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2. In welchem Bereich bestehen Störungen bzw. Auffälligkeiten? / seit wann?

- ☐ Koordination / Gleichgewicht / Bewegung
- ☐ geistige Entwicklung
- ☐ Sprache
- ☐ Hör- und Sehvermögen
- ☐ Wachstum / Körperbau (z. B. Fehlbildungen)
- ☐ familiäre Probleme
- ☐ epileptische Anfälle
- ☐ Ernährung
- ☐ Verhalten
- ☐ Erziehung
- ☐ Schulleistungen
- ☐ anderes: _____

3. Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

_____

_____

_____

4. Wer hat Ihnen zur Vorstellung im SPZ geraten?

_____

Fragen zu den bisher aufgesuchten Ärzten und Untersuchungen

Wo und wann haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

	Name	Praxisort	wann	Befund
Kinderarzt				
Neuropädiater				
HNO-Arzt				Hörprüfung
Augenarzt				
Psychologe Psychotherapeut				
Erziehungsberatungsstelle				
Schulpsychologe				
EEG / Neurologe				
MRT/CT				
Röntgen				

KRANKENHAUS ST. ELISABETH & ST. BARBARA

Fragen zur Schwangerschaft

1. Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? Der _____ Schwangerschaft.
2. Hatten Sie Fehlgeburten / Totgeburten? ☐ Ja (wann _____) ☐ Nein
3. Bestanden während der Schwangerschaft eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Besonderheiten?

☐ Blutung / drohende Fehlgeburt
☐ Schweres Erbrechen (über Monate)
☐ Infektionskrankheiten
☐ Erhöhter Blutdruck
☐ Ödeme
☐ Harnwegsinfektionen / Eiweiß im Urin
☐ Seelische Belastung
☐ Alkohol-/ Zigarettenkonsum / Drogen
☐ Medikamenteneinnahme
☐ Bestrahlungen /Röntgenuntersuchungen
☐ Operationen
☐ Diabetes (Zucker)

4. Wie alt waren die Eltern bei der Geburt des Kindes? Mutter_____Jahre Vater_____Jahre

Fragen zur Geburt

1. Die Entbindung erfolgte ☐ zu Hause ☐ im Krankenhaus ☐ Geburtshaus o. ä.
2. Die Geburt erfolgte ☐ rechtzeitig ☐ zu früh / zu spät _____Tage / Wochen
3. War der Fruchtwasserabgang vorzeitig ☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt
   (mehr als 6 Stunden vor der Geburt)? ☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt
4. War das Fruchtwasser grün? ☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt
5. War die Nachgeburt (Placenta) auffällig? ☐ Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt
6. War einer der folgenden Eingriffe notwendig? ☐ Kaiserschitt / Saugglocke / Zange
7. Bestanden andere Komplikationen ☐ Ja ☐ Nein
   (z.B. Nabelschnurvorfall)? Wenn Ja, welche? _____
8. Bestand eine Zwillings- o. Mehrlingsschwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Fragen zum Neugeborenen

1. Geben Sie bitte an: Gewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm
   Apgarwerte: _____ / _____ / _____ NS-pH: _____
2. Hat das Kind sofort geschrien? ☐ Ja ☐ Nein
3. Gab es nach der Geburt Probleme? ☐ Ja ☐ Nein wenn Ja: welche? _____
4. Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt? ☐ Ja ☐ Nein wenn Ja: an welchem Tag? _____

Anschrift der Klinik: _____

KRANKENHAUS ST. ELISABETH & ST. BARBARA

5. Hatte das Kind in den ersten Lebenstagen
   - ☐ Atemstörungen
   - ☐ Trinkschwäche
   - ☐ Fieber
   - ☐ Krämpfe
   - ☐ starke Gelbsucht
   - ☐ andere Erkrankungen

   _____

   _____

6. Wurde Ihr Kind
   - ☐ gestillt
   - ☐ nicht gestillt?

   wie lange?: _____

7. Gab es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme? ☐ Ja ☐ Nein
   (Beim Schlucken, Saugen, Kauen; Speichelfluss etc.) wenn JA: welche? _____

   _____

Fragen zur Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

Zu welchem Zeitpunkt konnten Sie erstmals (etwa) beobachten:

Lächeln mit	_____	Monaten
Drehen mit	_____	Monaten
Krabbeln mit	_____	Monaten
Greifen mit	_____	Monaten
Freies Sitzen mit	_____	Monaten
Freies Laufen mit	_____	Monaten
Erste sinnvolle Worte mit	_____	Monaten
2-Wort-Sätze mit	_____	Monaten
Sauber (tags) mit	_____	Monaten
Sauber (nachts) mit	_____	Monaten

Fragen zu früheren Erkrankungen und Behandlungen

1. Welche Erkrankungen hatte Ihr Kind bereits?

   _____

2. Erhielt Ihr Kind Impfungen? (bitte Impfausweis mitbringen!) ☐ Ja ☐ Nein
3. Gab es bei den Impfungen Komplikationen? ☐ Ja ☐ Nein

   wenn JA: welche?

   _____

4. In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	wann	wie lange	wegen welcher Erkrankung

KRANKENHAUS ST. ELISABETH & ST. BARBARA

5. Erhielt oder erhält Ihr Kind eine der folgenden Behandlungen / Förderungen?

	wegen	wo
☐ Krankengymnastik		
☐ heilpädagogische Frühförderung		
☐ Ergotherapie		
☐ Sprachtherapie		
☐ Komplexleistung IFF		

6. Welche Hilfsmittel hat Ihr Kind?

☐ Rollstuhl ☐ Schienen ☐ Brille

☐ Hörgeräte ☐ anderes: _____

Fragen für Kinder mit epileptischen Anfällen

1. Wie läuft der Anfall ab?

_____

_____

_____

_____

2. Wie oft findet ein Anfall statt? ☐ mehrmals täglich ☐ ___ mal pro Woche ☐ ___ mal monatlich ☐ ___ mal jährlich

3. Gibt es begleitende oder auslösende Umstände der Anfälle? ☐ Fieber ☐ Erregung ☐ Schlaf ☐ andere: _____

4. Der erste Anfall war am: _____ Der letzte Anfall war am: _____

5. Bei wem ist Ihr Kind wegen des Anfallsleidens in Betreuung?

_____

Fragen zu Medikamenten

Nimmt Ihr Kind z. Zt. regelmäßig Medikamente ein?

Medikament	Dosierung	seit wann

KRANKENHAUS ST. ELISABETH & ST. BARBARA

Fragen zum Kindergarten- / Schulbesuch Ihres Kindes

1. Welche der folgenden Einrichtungen hat Ihr Kind besucht bzw. besucht es jetzt noch?

- ☐ Kindertagesstätte ab ___Jahre
- ☐ Grundschule
- ☐ mit/ohne Förderbedarf _____
- ☐ weiterführende Schule _____
- ☐ Förderschule
- ☐ integrative Kindertagesstätte
  - ☐ als Integrationskind
  - ☐ in Beantragung
  - ☐ als Regelkind

2. Anschrift der Kindereinrichtung/der Schule, die Ihr Kind z. Zt. besucht:

_____

Fragen zur Pflege und Umgebung des Kindes

1. Von wem wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

☐ Mutter ☐ Vater ☐ beiden Eltern

☐ Großeltern ☐ anderen Bezugspersonen: _____

2. Befand sich Ihr Kind in einer oder mehreren Pflegefamilien, Adoptivfamilien, bei Verwandten oder Bekannten oder zeitweise in einem Kinderwohnhaus oder einer Kinderwohngruppe? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja: wann und wo? _____

3. Wie viele Personen leben in der Familie? _____Personen

4. Gab es besondere Ereignisse im Leben Ihres Kindes?
- ☐ Tod der Mutter
- ☐ Tod des Vaters
- ☐ Trennung der Eltern
- ☐ häufiger Wohnungswechsel
- ☐ anderes

5. Gibt es Geschwister? Führen Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf in der Reihenfolge der Geburten (ggf. auch verstorbene Kinder)!

Vorname	Geburtsdatum	Kindergarten Schule/Klasse Berufsausbildung	Besondere Probleme/ Krankheiten

KRANKENHAUS ST. ELISABETH & ST. BARBARA

Fragen zur Familienvorgeschichte

1. Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Besonderheiten, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? ☐ Ja ☐ Nein
2. Sind die Eltern blutsverwandt (z. B. Cousin und Cousine)? ☐ Ja ☐ Nein
3. Welche der folgenden Krankheiten sind in der engeren oder weiteren Familie aufgetreten?

- ☐ Geistiger Entwicklungsrückstand
- ☐ Krampfanfälle
- ☐ Fehlbildungen
- ☐ Hörbehinderung / Taubheit
- ☐ Asthma / Ekzem /Nesselsucht
- ☐ spastische oder andere Lähmungen
- ☐ verzögerte oder gestörte Sprachentwicklung
- ☐ Sehbehinderung / Blindheit
- ☐ psychische Erkrankungen

Bitte nähere Angaben dazu:

_____

_____

Fragen nach staatlichen Hilfen

Welche der nachfolgenden Hilfen haben Sie für Ihr Kind beantragt oder erhalten?

☐ Schwerbehindertenausweis, Grad der Behinderung / Merkzeichen ☐ Pflegegrad

Leistungen von ☐ Sozialamt ☐ Jugendamt ☐ andere: _____

☐ Familienhilfe (Name / Telefonnummer): _____

Welche Art von Leistungen?

_____

Fragen zur Beantwortung des Fragebogens

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ mit Hilfe von: _____

Ich/Wir bin/sind einverstanden, dass der Abschlussbericht zu Händen des überweisenden Arztes geht.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Bitte drucken Sie den ausgefüllten Fragebogen aus, unterschreiben ihn und senden diesen zusammen mit dem Überweisungsschein Ihres Kinder- oder Hausarztes sowie nachfolgender unterschriebener Einverständniserklärung an:

SPZ, Barbarastrasse 4, 06110 Halle (Saale)

oder laden diese Dokumente im Kontaktformular "Erstanmeldung" im Internet hoch:

https://www.krankenhaus-halle-saale.de/unser-krankenhaus/kliniken-abteilungen/sozialpaediatrisches-zentrum

Wir übersenden Ihnen nach Eingang schriftlich den Termin zur Erstvorstellung in unserem Haus.

Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale) GmbH • PF 200254 • 06003 Halle (Saale)

KINDERZENTRUM

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM
Chefärztin Dr. med. Christiane Fritzsch
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
Schwerpunkt Neuropädiatrie

Barbarastraße 4
06110 Halle (Saale)
Telefon (0345) 213 - 57 02
Telefax (0345) 213 - 57 03

HAUPTANSCHRIFT
Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara
Halle (Saale) GmbH
Mauerstraße 5
06110 Halle (Saale)
PF 200254 | 06003 Halle (Saale)

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom	Unsere Zeichen	Durchwahl	Datum
		213 - 57 02	

Einverständniserklärung der/des Sorgeberechtigten

Die Sorgeberechtigten **für das Kind**

_____

Name, Vorname (des Kindes), geb.

sind mit einer Vorstellung zur Entwicklungsdiagnostik und Entwicklungsbegleitung im SPZ einverstanden.

Der unterzeichnende Elternteil sichert zu,

☐ dass auch der abwesende Elternteil mit der Behandlung des gemeinsamen Kindes einverstanden ist.

☐ von dem anderen Elternteil zur Einwilligung in die Behandlung bevollmächtigt worden zu sein.

☐ allein sorgeberechtigt zu sein.

und bestätigt mit seiner Unterschrift das Einverständnis aller Gesundheitsfürsorgeberechtigten.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift(en) der / des gesetzlichen Vertreter(s)

CLARCERT
Zertifiziertes Qualitätsmanagement
DIN EN ISO 9001:2015

Krankenhaus St. Elisabeth und
St. Barbara Halle (Saale) GmbH
Sitz der Gesellschaft: Halle (Saale)
Amtsgericht: Stendal
HRB: 19750
Geschäftsführer: Jan Jakobitz

Betriebsnummer: 03 42 56 52
Inst.-Kennz.: 261 50 06 77
USt-IdNr.: DE292022187
Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft AG
BIC: BFSWDE33XXX
IBAN: DE90 3702 0500 0001 4830 00

Das Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle (Saale) GmbH gehört zum Elisabeth Vinzenz Verbund - einer starken Gemeinschaft katholischer Krankenhäuser, die für Qualität und Zuwendung in Medizin und Pflege stehen. Weitere Informationen unter www.elisabeth-vinzenz.de